UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MÉDECINE

N° 4

LE DRAINAGE VAGINAL

APRÈS

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE OU SUBTOTALE

SES INDICATIONS, SA TECHNIQUE

PROCÉDÉS DE CHOIX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1910

PAR

HASSAN MAHMOUD

Né au Caire (Egypte), le 29 novembre 1879

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
VALLOIS, professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé
LAGRIFFOUL, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE Et SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

LE

DRAINAGE VAGINAL

APRÈS

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE OU SUBTOTALE

SES INDICATIONS, SA TECHNIQUE

PROCÉDÉS DE CHOIX

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N 4

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE
DRAINAGE VAGINAL

APRÈS

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE OU SUBTOTALE

SES INDICATIONS, SA TECHNIQUE

PROCÉDÉS DE CHOIX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1910

ACAD. LAUR. BAT. BERL.

PAR

HASSAN MAHMOUD

Né au Caire (Egypte), le 29 novembre 1879

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
VALLOIS, professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé
LAGRIFFOUL, Agrégé
} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale.	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie.	RODET.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants. . . .	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales. .	RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie. . . .	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUÉRIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIÈRE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.* | SOUBEYRAN, *agrégé.*
VALLOIS, *professeur.* | LAGRIFFOUL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR MAHMOUD IBRAHIM, BEY

MÉDECIN EN CHEF DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE AINÉ

HAMED MAHMOUD, BEY

CONSEILLER A LA COUR D'APPEL DU CAIRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

H. MAHMOUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A TOUS MES MAITRES

H. MAHMOUD.

LE

DRAINAGE VAGINAL

APRÈS

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE OU SUBTOTALE

SES INDICATIONS, SA TECHNIQUE, PROCÉDÉS DE CHOIX

INTRODUCTION

Le drainage vaginal après les hystérectomies abdominales totales ou subtotales, est d'une grande importance. C'est un moyen complémentaire et nécessaire du traitement chirurgical pour obtenir une bonne guérison et, par suite, un résultat excellent après ces opérations sur l'utérus et ses annexes.

Nos connaissances d'asepsie et d'antisepsie d'aujourd'hui ne peuvent pas nous dispenser d'utiliser ce mode de traitement. Pour preuve, les nombreuses discussions dans toutes les Sociétés savantes, où le drainage après les hystérectomies a eu sa place au cours des intéressantes communications sur la chirurgie abdominale. Et il ne peut pas en être autrement, car, malgré toutes les précautions et les soins pris par le chirurgien et ses assis-

tants pour obtenir une asepsie irréprochable, et malgré les excellents antiseptiques que nous possédons à l'heure actuelle, il y a lieu de tenir compte de l'état septique des organes malades, des exsudats qui se produisent après une opération, des circonstances malheureuses qui arrivent au cours d'une intervention, et enfin d'une faute d'asepsie des aides ou du matériel employé.

Dans ce travail, nous passerons en revue les divers procédés employés pour réaliser le drainage après les hystérectomies abdominales totales ou subtotales, et nous montrerons les inconvénients et les avantages de chacun d'eux.

Nous insisterons surtout sur le drainage par la voie vaginale qui, comme nous le verrons, est la voie naturelle et seule logique. Enfin, nous décrirons les procédés de choix de cette méthode de drainage par le vagin.

Avant d'aborder ce sujet, nous tenons à témoigner notre reconnaissance à la France, si hospitalière, à la ville de Montpellier et aux Maîtres de la Faculté de médecine. Qu'il nous soit permis de dire à M. le professeur Tédenat combien nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons jamais la grande bienveillance et les marques d'intérêt qu'il nous a sans cesse prodiguées. Nous conserverons le meilleur souvenir du temps passé dans sa clinique, où nous avons puisé, dans son enseignement clair et pratique, de précieuses connaissances.

C'est à M. le professeur Vallois que nous devons toutes nos connaissances en obstétrique. Nous l'assurons de notre fidèle et reconnaissant souvenir et le remercions de vouloir bien siéger parmi nos juges.

A M. le professeur agrégé Soubeyran, qui a été un de

nos premiers maîtres en chirurgie, et à qui nous sommes redevable de l'idée de cette thèse, nous devons une reconnaissance toute particulière pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée. En maintes occasions nous nous sommes adressé à lui au cours de nos études, et nous avons toujours trouvé de sa part un accueil bienveillant et affectueux.

M. le professeur agrégé Lagriffoul a bien voulu faire partie de notre jury ; nous le remercions bien vivement. Son enseignement nous a toujours intéressé, particulièrement à la clinique médicale et aux consultations externes de l'Hôpital Général, d'où nous avons tiré de grands bénéfices.

Toute notre reconnaissance va à ceux de nos Maîtres qui nous ont plus particulièrement guidé pendant nos études médicales : à MM. les professeurs Carrieu, Gilis, Vialleton, Vires et Vedel, qui nous donnèrent tour à tour les meilleurs conseils.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le drainage, après les interventions sur l'abdomen, était connu depuis longtemps de Peasle.

Déjà, en 1855, il l'employait dans les cas d'exsudation d'un liquide, sang ou pus, dans la cavité péritonéale. Il se servait d'une sonde élastique qu'il introduisait jusqu'au cul-de-sac de Douglas et la laissait sortir par le vagin.

Kœberlé, en 1867, drainait aussi, mais par la plaie abdominale ; il employait un tube de verre fermé à l'une de ses extrémités et perforé de petits trous dans toute sa longueur.

Marion Sims, en 1872, conseilla de drainer par le vagin. Il ponctionnait le cul-de-sac de Douglas dans tous les cas de laparotomies.

Hégar, en 1881, se servit pour drainer d'un tube de verre comme celui de Kœberlé, mais il le remplit de coton hydrophile phéniqué. Plus tard, il changea sa manière de faire en remplaçant le coton par de la gaze iodoformée.

En 1882, A. Martin drainait aussi, mais il préférait la voie abdominale.

Avec Kehrer, en 1882, on commença à appliquer le principe de la capillarité au drainage. Kehrer n'employait

pas les tubes, il mettait de grosses mèches de coton comme le petit doigt. Il les désinfectait par le bouillissage dans une solution d'acide phénique à 5 pour 100. Puis il abandonna cette méthode de désinfection pour la simple immersion dans de l'éther iodoformé. Ce mode de drainage se répandit aussitôt en Allemagne.

Billroth l'adopta, puis le délaissa pour se servir de lanières de gaze iodoformées. Gersuny proclama la supériorité des mèches et leur pouvoir absorbant.

En 1884, Mickulicz fit connaître son procédé, qui consistait à placer dans la plaie abdominale un carré de gaze grand comme un mouchoir, au milieu duquel était cousu un fil de soie aseptique. Il faisait plonger ce morceau de gaze dans la cavité pelvienne, puis il le bourrait avec des bourdonnets de gaze iodoformée.

Le drainage à la Mickulicz se répandit beaucoup en Allemagne et en Amérique.

Il fut porté en France et appliqué pour la première fois, en 1888, par le professeur Pozzi, de Paris, qui le modifia légèrement en ajoutant un gros drain au milieu de la gaze pour mieux faciliter l'écoulement des liquides et empêcher la rétention.

De 1887 jusqu'en 1897, le drainage fut le sujet de plusieurs discussions au cours des séances de la Société de Chirurgie de Paris à propos des hystérectomies pour cancer et suppurations pelviennes.

Depuis, la question a été le sujet de plusieurs thèses et l'objet de nombreuses publications dans les revues médicales, comme nous le verrons.

CHAPITRE II

DU POUVOIR DE RESORPTION DU PERITOINE

Le drainage est basé sur le principe de débarrasser la grande cavité péritonéale de toute substance pouvant amener ou favoriser l'infection.

Nous savons que le péritoine, comme les autres séreuses, possède un pouvoir d'absorption auquel s'ajoute celui de se défendre contre certains agents morbides. Nous allons étudier ces fonctions à l'état normal et pathologique et voir jusqu'à quel point le péritoine est capable d'exercer ces fonctions dans de bonnes conditions. Des expériences ont été faites depuis longtemps dans ce but :

G. Wegner, en 1876, par des expériences sur les animaux, a montré qu'une certaine quantité de matières infectieuses peut être injectée dans le péritoine sans entraîner la mort. Ces substances sont éliminées sans réaction péritonéale ou, au contraire, encapsulées par une réaction défensive, par des exsudats sécrétés par la séreuse.

Grawitz, en 1886, par une série d'expériences, a observé les faits suivants : Lorsque le péritoine est sain, l'injection dans la cavité abdominale d'une quantité (même grande), d'organismes non pyogènes n'a aucun effet. Mais

si le fonctionnement du péritoine est anormal par abolition de son pouvoir absorbant, ces mêmes germes peuvent produire une péritonite. Grawitz démontra aussi que les microbes pyogènes n'ont d'action sur le péritoine sain que si les liquides qui les contiennent stagnent dans la cavité.

Ces expériences reprises par Pawlowsky, en 1887, ont donné des résultats à peu près les mêmes, mais qui cependant ont été différents sur certains points. D'après lui, les germes pathogènes et surtout le staphylocoque doré, même en quantité très faible, occasionnent une péritonite.

Reichel, en 1889, obtint les mêmes résultats que Grawitz. En plus, il démontra l'importance de la stagnation de liquides, pour favoriser le développement et l'accroissement des germes. Pour lui, la susceptibilité individuelle joue un rôle sur les effets des micro-organismes ; ce qui explique la divergence dans les résultats des expériences de Grawitz et de Pawlowsky, étant donné que cette susceptibilité est énormément variable suivant les individus.

Waterhouse, en 1890, confirma par l'expérimentation les résultats obtenus par Grawitz et Pawlowsky et montra que le défaut d'absorption de liquides augmente la chance d'infection et leur accumulation constitue un milieu de culture pour les microbes.

Burginsky, en 1891, trouva que la virulence des microbes est la cause des résultats différents de Grawitz et de Pawlowsky.

Halster, en 1891, insiste sur le danger de la présence de micro-organismes au voisinage des ligatures, d'un étranglement.

Frankel publie, dans la même année, une étude sur l'infection péritonéale et ses diverses formes.

Cobbett et Melsonne, en 1895, recherchèrent la rapidité avec laquelle le péritoine se débarrasse des germes.

Muscatello, en 1896, fit des expériences sur le mécanisme d'absorption du péritoine.

Jayle, dans sa thèse, en 1895, (De la septicémie péritonéale), a étudié la question : « La cause nécessaire et déterminante de la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire est l'introduction de germes pathogènes dans la cavité abdominale. Mais la chirurgie et l'expérimentation démontrent que l'introduction des germes, même pathogènes, dans le péritoine, ne suffit pas toujours pour déterminer la production d'une péritonite, sinon les succès chirurgicaux seraient bien rares. Pour qu'il y ait péritonite, il faut que ces germes pathogènes soient virulents ou puissent le devenir ; qu'ils trouvent un milieu de culture pour proliférer, que le terrain ne soit pas réfractaire. »

Donc, les propriétés résorbantes du péritoine ne doivent pas être une raison de négliger le drainage lorsqu'il est indiqué, car elles ne se trouvent, comme l'a dit Batigne, que dans un péritoine sain.

CHAPITRE III

INDICATIONS DU DRAINAGE

Le but du drainage est de créer une issue à l'écoulement des liquides exsudés, qui se produisent après une opération.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que cette stagnation est capable de déterminer l'infection de la cavité péritonéale et la dissémination des microbes dans une partie ou dans tout l'organisme. De plus, la présence d'une certaine quantité de liquides dans l'abdomen des sujets qui ont succombé à une infection péritonéale (ce qui est constaté par les autopsies) plaide en faveur de l'écoulement de tout liquide existant dans la cavité péritonéale.

Ces matières liquides sont, comme l'a dit L. Labbé (Bull. de l'Ac. de méd., 1880, IX, N. 48, 1272, *De la valeur du drainage péritonéal dans l'ovariotomie*), du sang ou du sérum introduits dans la cavité péritonéale, soit pendant le cours de l'opération, soit pendant les quelques heures qui l'ont suivi.

Ces liquides sanguins, séreux ou séro-sanguinolents, se produisent, malgré toutes les précautions prises pour faire une bonne hémostase et une toilette péritonéale très complète. Ils sont, quelquefois, en très petite quantité et passent inaperçus. Ils sont peut-être dus aux irritations mé-

caniques ou chimiques qui atteignent le péritoine pendant l'intervention.

Ces suintements sont bien supportés et résorbés par la séreuse, si cette dernière est saine et normale, dans son fonctionnement, comme l'ont montré les expériences de Ranvier et Cornil, Penzoldt, Poncet, Arloing et Tripier.

Encore faut-il que les exsudats ne soient pas en contact avec des foyers infectieux et que le péritoine et les surfaces cruentées ne subissent aucune contamination extérieure.

Reichel et Kummel pensent que, malgré l'asepsie et l'antisepsie, les microbes peuvent pénétrer, au cours de toute opération ; mais, lorsque le péritoine est sain et possède ses propriétés résorbantes, il n'y a rien à craindre et il se peut que l'infection puisse être évitée. Mais s'il y a altérations, tiraillements ou déchirures de la séreuse péritonéale, le risque d'une péritonite est possible, car ces épanchements, nous l'avons dit précédemment, sont d'excellents milieux de culture pour les microbes.

Un autre point important de la nécessité d'écouler les exsudats péritonéaux est démontré par les expériences de Préobrajensky (Annales de l'Institut Pasteur, 1898). Ce dernier a conclu que les bactéries d'un liquide vont dans le sens de l'écoulement. Si celui-ci vient d'être supprimé, les bactéries rétrogradent et une infection se déclare.

Ces notions, admises par beaucoup de chirurgiens, sont contestées par Kelly, qui se déclare adversaire du drainage. Il prétend même qu'il est inutile d'évacuer les exsudats séreux ou sanguins des surfaces cruentées. Il accuse le drainage d'occasionner certaines complications post-opératoires : élévation de la température, vomissements, tympanisme, irritation vésicale, suppuration de la plaie.

D'après ses statistiques, la mortalité était plus élevée dans les cas drainés.

Clark, élève de Kelly, était du même avis que ce dernier.

Olshausen, en 1903, se déclara adversaire du drainage à la Société de Gynécologie de Berlin.

Si certains opérateurs ont cru à l'inutilité du drainage, la généralité des chirurgiens drainent, surtout en France et en Angleterre. Les avantages du drainage ne peuvent donc pas être niés.

Mais une question importante se pose : faut-il drainer dans tous les cas ? Les avis sont partagés sur ce point ; il y a des cas où tous les chirurgiens sont d'accord pour drainer ; d'autres fois les uns sont pour et les autres contre le drainage.

L'état général a préoccupé les chirurgiens américains qui en font une indication du drainage. Penrose disait : « Nous devons nous occuper de savoir non seulement si le péritoine est dans des conditions telles qu'il puisse absorber la sérosité, mais aussi si l'état de la patiente lui permet de faire les frais de cette absorption ; si les émonctoires sont assez actifs pour excréter les matières absorbées. Pour ce motif, le drainage du péritoine est bien plus fréquemment indiqué chez les personnes âgées que chez les femmes jeunes. » De même chez les alcooliques (Steinberg), chez les malades fatiguées par les progrès de la maladie antérieure à l'intervention ou par des hémorragies abondantes et répétées qui, d'après Clark, favorisent étrangement l'infection.

Plus importantes sont les indications que nous allons voir maintenant.

Pozzi disait, en 1888, à la Société de chirurgie : « On

peut ranger sous trois chefs les principales indications qui ont été données pour le drainage :

» 1° Le suintement abondant du sang, redouté après l'occlusion des parois abdominales ;

» 2° L'existence dans la cavité péritonéale d'une surface septique susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait nuisible ;

» 3° La large déchirure du péritoine agissant comme double facteur : *a*) source de suintement persistant ; *b*) entrave au pouvoir normal de résorption. »

P. Delbet, étudiant longuement la question, publia en 1890, un mémoire très intéressant. Nous nous inspirerons de son travail pour formuler les indications du drainage et nous citerons en même temps l'avis des autres auteurs.

Pour M. Delbet, la longueur de l'opération n'est pas une indication nette de drainage comme le veut Wiedow. Si l'opération a été longue, c'est qu'il y avait des adhérences étendues et, par suite, des surfaces cruentées qui, elles, indiquent le drainage.

M. Richelot n'hésite pas à drainer après les opérations exceptionnellement longues et laborieuses (Barozzi).

Voici ce que pense M. Pozzi : il conseille aussi le drainage dans les conditions suivantes : « Longue durée de l'opération et manœuvres laborieuses ayant compromis la tonicité de l'intestin et la vitalité de la séreuse qui le recouvre. » (Barozzi).

Dans le cas d'adhérences étendues, voici l'opinion de M. Delbet : « Beaucoup de chirurgiens considèrent les adhérences, quand elles sont très étendues, comme une indication nette du drainage. Il est difficile d'être précis sur ce sujet. Les diverses variétés d'adhérences ne sont pas comparables entre elles. Des adhérences éten-

dues, mais lâches et peu vasculaires, qu'on déchire sans les lier, et qui déchirées ne donnent pas de sang, ne réclament pas le drain. Si, au contraire, il s'agit des adhérences étroites et vasculaires, qui laissent à leur place une plaie saignante, le drainage simple est insuffisant. C'est au tamponnement qu'il faut recourir.

» En somme, cette question des adhérences est fort complexe. Ce qu'on peut dire de plus général, c'est que les adhérences serrées et vasculaires, ou plutôt les conséquences de leur déchirure, sont souvent une indication formelle du drainage ou du tamponnement. »

Pour les hémorragies en nappe, occasionnées par les capillaires ou les petits vaisseaux qu'on n'arrive pas à pouvoir lier, M. Delbet croit que le drain est dangereux : il représente un orifice qui met l'abdomen en libre communication avec la pression atmosphérique ; supprimant cette pression abdominale, il rendra plus facile et plus probable la continuation de l'hémorragie : si, par hasard, il permet au sang de s'écouler, il gênera la formation de caillots qui auraient pu obturer les petits vaisseaux. On doit donc tamponner à la gaze.

Moulonguet est d'un avis contraire : « Je veux encore insister, dit-il, sur une dernière indication formelle du drainage vaginal. Il doit être pratiqué toutes les fois qu'après une laparotomie il reste dans l'esprit de l'opérateur la moindre inquiétude sur la sécurité que lui offrent ses ligatures, on sur la possibilité d'une hémorragie post-opératoire (ligatures difficiles, trop hâtives, pédicules trop courts, trop gros, etc.). Non pas, évidemment, que ce drainage exerce la moindre influence sur la solidité des ligatures, mais parce qu'il est le moyen le plus sûr, le plus pratique, de s'assurer que rien ne coule après l'opération ; le seul qui, à ce point de vue, donne une surveil-

lance facile et une certitude rapide. Qu'après un large drainage vaginal le sang s'écoule dans le péritoine, tombe dans le petit bassin et immédiatement, obéissant aux lois de la pesanteur, il pénètrera dans l'orifice vaginal et apparaîtra à la vulve.

» La surveillance est donc rapide ; elle est facile puisqu'elle peut être exercée par la personne qui garde la malade. Que d'hémorragies n'a-t-on pas vu se produire qui, faute d'une surveillance facile, n'ont pu être arrêtées à temps ? Et même, lorsque la surveillance est exercée par les médecins ou par le chirurgien lui-même, n'y a-t-il pas des cas où le diagnostic hémorragie n'a pu être posé d'une façon précise ?

» Les signes fonctionnels de cette hémorragie n'étaient points assez nets : certes, la malade avait le pouls faible et petit, elle était pâle, couverte même de sueurs ; elle ne revenait point à elle, mais l'opération longue qu'elle venait de subir pouvait expliquer ce syndrome clinique. On hésitait, on perdait du temps, on injectait de l'éther ou des liquides reconstituants alors qu'une pince ou une ligature eussent rendu meilleur service, puisqu'à l'autopsie le péritoine était rempli de sang, ou que, d'autres fois, la réouverture du ventre, enfin décidée, mais hésitante et tardive, n'était point faite à son heure. »

MM. Reclus et Pozzi sont partisans du drainage dans l'hémorragie en nappe.

Les *déchirures ou les pertes du péritoine* ne seraient pas graves si elles n'étaient pas une cause d'adhérences des viscères entre eux ou des viscères et péritoine pariétal. Elles agissent aussi , ainsi que l'a dit le professeur Pozzi, « comme double facteur » : *a*) source de suintement ; *b*) entrave au pouvoir normal de résorption.

Pour parer à ces inconvénients, tous les chirurgiens

actuels refont la séreuse et suppriment ces surfaces cruentées par la péritonisation par suture du péritoine sain, des franges de l'intestin et de l'épiploon au-dessus d'elles. Ce procédé a évidemment réduit l'indication du drainage, mais si on arrive à extérioriser les surfaces cruentées et les isoler de la grande cavité péritonéale ainsi protégée, il ne reste pas moins vrai que cette plaie exclue puisse suinter ou s'infecter, d'où la nécessité du drainage dans ces cas de déchirures ou pertes de péritoine.

Persistance des tissus morbides et septiques. — Il arrive quelquefois que le chirurgien est dans l'impossibilité d'extirper totalement une tumeur ou la poche d'une collection, parce que leurs limites sont difficiles à circonscrire ou elles forment de fortes adhérences avec le tissu des organes voisins. Par crainte de faire de grands délabrements ou de déchirer ou rompre des organes adhérents, on est forcé de laisser une partie de ces formations de tissus malades capables de sécréter des liquides quelquefois septiques. L'opérateur traite ces restes morbides par l'isolement de la cavité péritonéale et draine pour faciliter l'écoulement des exsudats.

Rupture dans le péritoine des foyers septiques. — Autrefois, lorsqu'une collection purulente se rompait et souillait la cavité péritonéale, quoique protégée par des compresses, on faisait un lavage. Mais, en 1889, Quénu remplaça le lavage par le drainage après séchage du péritoine avec des compresses de gaze.

A l'heure actuelle, tout le monde est partisan de cette manière de faire, qui a donné de bons résultats.

Déchirure de l'intestin. — Dans toutes les laparotomies

l'intestin grêle ou le gros intestin sont exposés à deux sortes de déchirures : 1° par les instruments de chirurgiens ; 2° par l'état de leur friabilité due à leur adhérence aux tissus voisins enflammés. Si pareil accident se produit, on suture de suite cette déchirure. Ici, le drainage est indiqué pour une double raison : *a*) préventif dans le cas où les fils cèdent ; *b*) curatif dans la possibilité de souillure de la séreuse.

Déchirure de la vessie et section des uretères. — La perforation de la vessie ainsi que la section des uretères au cours d'une hystérectomie, sont une indication du drainage par l'irruption de l'urine dans le péritoine. Voici d'ailleurs l'avis de J. Bœckel sur ce sujet : « J'estime que lorsque l'opération a été longue, laborieuse, qu'il y a eu contact prolongé de l'urine avec la séreuse, que l'hémorragie, sans être grave, a été continue, j'estime que, dans ces cas, le drain offre de réels avantages. »

Péritonite. — Quand il y a des foyers de pelvipéritonite on les traite par le drainage, comme des tissus morbides laissés et impossibles à enlever. « Lorsqu'il y a, au moment de l'opération, une péritonite généralisée, tous les chirurgiens, je crois, considèrent le drainage comme indiqué. » (Delbet).

« Lorsqu'on opère une tumeur abdominale accompagnée d'ascite, si cette ascite est une ascite légitime, l'extirpation du néoplasme est facile s'il n'y a pas d'adhérences, si la quantité de liquide est peu considérable, s'il ne reste pas dans l'abdomen de cavités profondes, anfractueuses, cruentées et aptes à suppurer, un nettoyage minutieux suivi d'un lavage à grande eau suffit à assurer l'issue heureuse de l'opération. Dans tous les cas contraires, il faut drainer. » (Sébileau, Th. de Paris, 1889).

Delbet dit : « Si l'ascite est d'origine mécanique, si elle a été produite par la rupture d'un kyste ou par sa sécrétion externe, la tumeur enlevée, elle doit disparaître ; aussi, il me semble que, dans ces cas, le drainage est inutile. Si, au contraire, elle est due à une irritation et à une inflammation du péritoine, il est peut-être bon de drainer. »

Après avoir cité les indications du drainage qui peuvent se présenter dans toute intervention par l'abdomen, il nous faut étudier les différents cas où l'on pratique l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale. Nous aurons surtout en vue l'hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus, annexites, fibromes utérins et hématocèles.

Nous laisserons de côté les procédés et la technique de l'opération qui ne rentrent pas dans le sujet de notre thèse.

§ 1er Hystérectomies abdominales pour cancer de l'utérus

Dans l'hystérectomie abdominale pour cancer, le drainage est nécessaire et son indication est nette, surtout quand il reste des tissus altérés, s'il y a des délabrements pelviens, si on a pratiqué l'évidement et l'ablation de quelques ganglions. L'infection étant à craindre, le drainage est conseillé par la majorité des chirurgiens. Il faut, en effet, pour le cancer de l'utérus, pratiquer un drainage très complet (Marion).

§ 2. Hystérectomies abdominales pour annexites suppurées

Au début, dans les interventions pour annexites suppurées, tous les opérateurs drainaient presque toujours. Mais certains s'aperçurent que parmi les suppurations il y en avait qui ne présentaient pas le même degré de noci-

vité. C'étaient celles, par exemple, produites par le gonocoque ou celles qui ont perdu leurs germes par l'ancienneté de la lésion. Alors, on crut qu'on pouvait se passer de drainer dans ces cas. Schauta et Wertheim sont allés jusqu'à proposer de faire l'examen bactériologique du pus dans les annexites pendant l'opération, afin de décider ou non de drainer. Ces idées n'ont pas passé dans la pratique. La non-nocivité du pus n'est pas certaine. De Bovis cite le cas de Kustener, qui a perdu une malade par péritonite foudroyante malgré que l'examen bactériologique ait montré que le liquide était inoffensif.

Westermark fait remarquer qu'en cas de foyers multiples la virulence de ces derniers n'est pas la même ; d'où nouvelles chances d'erreur si l'examen n'a porté que sur l'un d'eux. D'ailleurs, comme le dit de Bovis avec juste raison, il n'est pas donné à tous les opérateurs de disposer d'un bactériologue.

Dans ces derniers temps (Presse médicale, 1903, et Congrès de la Société internationale de Chirurgie, septembre 1905. Valeur de l'examen du sang en chirurgie), les nombreuses études qui ont porté sur la leucocytose faisaient espérer qu'on pouvait trouver un moyen sûr par la numération des globules blancs pour se prononcer sur la virulence des suppurations. Malheureusement on s'est aperçu que les résultats de cette méthode étaient douteux, car l'hyperleucocytose, quoique traduisant une défense de l'organisme et, par conséquent, l'existence d'une infection, ne se trouvait pas dans tous les cas. Et il arrive que si les foyers suppurants sont bien encapsulés, on n'observe aucune action leucocytaire. C'est alors qu'on s'expose à infecter le péritoine par ces liquides qui paraissaient non virulents.

On voit donc qu'on ne peut se fier à ces méthodes. Mais

la clinique nous apprend qu'il faut drainer dans le plus grand nombre des cas d'annexites suppurées.

Nous pouvons dire que le drainage est nécessaire et qu'il serait très imprudent de ne pas le faire si l'on a des craintes d'infection, si une collection a crevé, s'il reste dans le fond du Douglas des poches qui n'ont pu être complètement extraites, si le péritoine est trop dépoli, dilacéré, recouvert d'adhérences, et si la péritonisation est imparfaite.

§ 3. Hystérectomies abdominales pour fibromes utérins

Dans ce cas les chirurgiens ont des avis différents. Le drainage est facultatif pour les uns, inutile pour les autres ; enfin, il est formellement indiqué pour certains. Notre maître, M. Soubeyran, dit dans un récent article de la *Province médicale* : « Mais ce que nous réalisons dans tous les cas, c'est le drainage vaginal avec un gros tube de caoutchouc. Cette précaution, pour nous essentielle et fondamentale, ne se discute pas si, au cours de l'acte opératoire, on a des doutes sur la septicité de l'une des manœuvres ou bien si l'on a pratiqué l'ablation d'une poche infectée. Mais même dans les cas les plus sûrs, les plus aseptiquement conduits, nous pensons que ce drainage est une excellente chose, car on n'est jamais certain d'une asepsie rigoureuse (expériences de Auché et Chavannaz) et les malades sont à la merci d'un fil, d'un instrument, d'une compresse insuffisamment stérilisées, d'un aide qu'on n'a pu surveiller étroitement. »

Les fibromes gangrenés ou sphacélés, les lésions inflammatoires des annexes et du péritoine pelvien (pyosalpinx, adhérences) ne sont pas rares. Dans tous ces cas, les indications du drainage se présentent souvent.

§ 4. Hystérectomie abdominale pour hématocèle par grossesse extra-utérine

Ces interventions réclament le drainage par les lésions mêmes.

Les débris placentaires, les caillots sanguins, les lambeaux fibrineux et enfin les fausses membranes, sont autant de sources d'indication de placer un drain. Lorsque l'hématocèle est infecté, il n'y a plus d'hésitation à pratiquer un bon drainage.

CHAPITRE IV

DIVERSES VOIES DE DRAINAGE

Le drainage indiqué dans un cas quelconque, par quelle voie faut-il le pratiquer ?

Deux voies sont utilisées pour drainer après l'hystérectomie totale ou subtotale : l'abdominale et la vaginale.

La voie vaginale par ses avantages et le bon résultat qu'elle donne, a rallié, dans ces dernières années, un nombre considérable de chirurgiens.

Nous allons exposer dans ce chapitre les avantages et les inconvénients des deux voies, nous insisterons davantage sur le drainage vaginal, et nous tâcherons de démontrer sa supériorité sur le drainage abdominal.

§ 1er. Du drainage abdominal

Par l'abdomen, on draine de deux façons : 1° Par le procédé de Mickulicz ; 2° par un drain ou de simples mèches.

Le premier procédé, tel qu'il a été employé par Mickulicz lui-même est tombé actuellement en désuétude. Brénans a montré, dans sa thèse, les raisons suivantes pour lesquelles cette méthode a été abandonnée :

Le Mickulicz peut être une cause de compression pour

l'intestin, soit d'une façon directe, soit secondairement, par les adhérences dont il provoque la formation. Celles-ci peuvent rendre définitifs l'aplatissement d'une anse intestinale ou sa coudure.

Le drainage type de Mickulicz n'assure pas toujours parfaitement l'écoulement des liquides dont une partie ne filtrerait pas au travers de la gaze. On voit, en effet, quelquefois, lorsqu'on retire la gaze, s'écouler brusquement une quantité assez considérable de liquide.

Pozzi a associé un drain aux mèches, mais alors, il renonce aux propriétés hémostatiques du tamponnement.

Difficulté à enlever le tamponnement d'un côté, parce que les bourgeons charnus se sont insinués entre les mailles de la gaze ; d'autre part, parce que l'orifice de la paroi abdominale s'est rétréci sur lui-même.

Suivant Sänger, la gaze placée à l'intérieur de la cavité péritonéale est vite saturée, tandis que celle qui se trouve à l'extérieur n'est que d'un médiocre secours. Or, il n'est pas possible de retirer la première sans faire exsuder la sécrétion dont elle s'est imbibée et qu'on abandonne ainsi dans l'abdomen.

Le drainage abdominal retarde la guérison de la plaie opératoire. Le procédé de Mickulicz favorise la production et l'éventration, le plan aponévrotique ne pouvant se reconstituer par suite de l'interposition du tissu cicatriciel. C'est là une des objections les plus importantes qu'on puisse opposer aux partisans de ce mode de drainage.

On peut avoir à regretter la formation au niveau de la paroi abdominale de fistules interminables.

La coïncidence d'une éventration et d'une fistule est possible, et elle rend la situation bien plus grave puisque, sous l'influence du développement de l'éventration, la fistule peut faire communiquer la grande cavité péritonéale

avec l'extérieur ; d'où la production d'une péritonite suraiguë qui emporte la malade en quelques heures.

Bouilly dit de ce procédé : « Excellent comme moyen hémostatique, il est mauvais comme drainage et fait de la rétention. »

Le second procédé du drainage abdominal, avec drain ou mèches, est passible de certains inconvénients cités ci-dessus. D'abord, il est insuffisant pour remplir le but pour lequel il est employé. Le gros drain laissé longtemps apporte du retard dans la réunion de la plaie abdominale. La présence du tube agit comme corps étranger au milieu de la séreuse et peut produire mécaniquement une irritation du péritoine (expérience de Welch). Cette irritation se traduit par des adhérences qui pourraient être la cause de douleurs et d'étranglement de l'intestin. Le retard et le désordre qu'on peut voir dans la réunion de la plaie peuvent créer des zones faibles dans la paroi abdominale, qui sont quelquefois le point de départ d'une hernie ou d'une éventration.

Si on emploie des mèches et qu'on soit obligé de les laisser un temps assez long, leur ablation devient douloureuse par suite de leur adhérence avec le péritoine.

Avec le drain, on a l'ennui de l'aspiration du liquide et la surveillance plus étroite de la malade. D'après les expériences faites par M. Delbet, cette aspiration est même insuffisante pour retirer tout le liquide accumulé dans le cul-de-sac de Douglas. En plus, il faut changer les drains et en mettre successivement d'un calibre plus petit au fur et à mesure du rétrécissement du trajet et de la plaie de la paroi de l'abdomen.

A part ces inconvénients, il serait illogique de chercher à écouler les exsudats et les liquides septiques par en

haut (par l'abdomen), quand les hystérectomies se font pour des affections qui occupent généralement le petit bassin.

Le progrès accompli dans la technique des hystérectomies par l'emploi des grandes compresses stérilisées et la position de Trendelembourg, qui repoussent la masse intestinale vers le diaphragme et la mettent ainsi à l'abri du pus et des choses septiques, ce progrès, disons-nous, a amoindri l'indication du drainage abdominal. De même, l'épongeage et l'asséchage du péritoine par les compresses de gaze, enfin la péritonéoplastie ont contribué à l'inutilité de ce mode de drainage par la mise en sûreté de la grande séreuse péritonéale, tout contact d'infection étant impossible.

§ 2. Du drainage vaginal

Après les hystérectomies abdominales, la voie vaginale est supérieure à l'abdominale pour le drainage.

Nombreux sont aujourd'hui les chirurgiens qui l'emploient.

En réalité, le vagin est la voie naturelle pour l'écoulement des liquides accumulés dans le fond du bassin. Il est antiphysiologique d'aller drainer par l'abdomen et d'abandonner la voie vaginale placée au point le plus déclive, malgré l'avis contraire de certains opérateurs. Ne pas drainer par le vagin, c'est enfreindre le principe fondamental de Chassaignac : « drainer au point déclive ». Ce principe est bien appliqué en chirurgie générale. Les poussées locales de péritonite ne se limitent-elles pas bien à cause même de cette déclivité ? Les partisans du drainage abdominal se basent sur la capillarité des mèches pour remé-

dier à ce défaut de capillarité. Mais il arrive souvent que cette capillarité ne peut pas exercer son action lorsque les liquides se coagulent dans les parties des mèches qui se trouvent au niveau de la plaie. Dans le cas de drain on serait forcé de faire l'aspiration.

Un autre avantage très important de ce moyen, c'est qu'il permet d'exclure le foyer septique de la grande cavité péritonéale. Ce résultat est obtenu facilement, soit par la péritonisation des surfaces cruentées, laissées par l'intervention, soit par le cloisonnement du petit bassin, là où se trouve ordinairement le danger, au moyen de la suture de l'S iliaque au péritoine de la vessie. Toutes ces précautions mettent parfaitement la séreuse péritonéale en dehors de toute infection provenant de la plaie ou de l'extérieur.

Quant aux objections faites à l'emploi du drainage vaginal, la plus sérieuse et digne d'être discutée est l'impossibilité d'aseptiser le vagin, ce qui rendrait dangereuse la communication de ce canal avec la cavité péritonéale. Mais plusieurs faits incontestables cliniquement prouvent que le vagin peut être rendu aseptique. Dans l'hystérectomie vaginale, regardée justement comme une opération bénigne, ne laisse-t-on pas une large communication entre le vagin et le péritoine ? Et dans d'autres interventions pratiquées par le vagin comme la colpotomie, l'amputation du col de l'utérus, les opérations plastiques faites sur ce canal, ne voit-on pas aussi des suites bénignes ?

Routier, à propos de ce sujet, disait, en 1897, à la Société de Chirurgie de Paris : « Je suis devenu depuis longtemps déjà partisan convaincu du drainage vaginal. Je l'applique largement dans ma pratique, et combien de fois m'est-il arrivé de montrer à mes élèves l'excellence de ce procédé et la sécurité qu'il nous donne ; les résul-

tats que j'ai obtenus sont trop favorables pour jamais me le faire abandonner. Je sais des chirurgiens qui redoutent cette ouverture vaginale comme une voie ouverte à l'infection ; je n'hésite pas à les rassurer et à leur affirmer que jamais je n'ai eu un cas de ce qu'on pourrait appeler une infection ascendante du vagin au péritoine. Je tiens pour certain que le vagin se désinfecte comme le reste du corps. »

A. Martin disait, au sujet du drainage vaginal : « Je veux bien que la béance du tube puisse être la cause d'une infection par les agents extérieurs... Toutefois, les résultats cliniques que j'ai obtenus m'engagent à ne pas abandonner ma manière de faire. »

Henri-P. Newmann disait : « Le fantôme de l'infection vaginale est en train de se dissiper rapidement. »

On voit donc que les reproches adressés au drainage vaginal ne méritent guère qu'on en tienne compte. Ils sont plutôt théoriques. Ce mode de drainage est excellent ; il compte de chauds partisans, qui lui sont restés fidèles. A Montpellier, nous l'avons vu exécuter par notre maître, M. le professeur Soubeyran. En France, il est aussi employé par MM. Reclus, Schwartz, Richelot, Segon, Hartmann, Nélaton, Chaput, Sorel, Montprofit, Routier, Legueu, Gosset, etc. Il a d'aussi nombreux partisans à l'étranger : Bliesener, Seeligmann, Oberlander, Schauta, Chrobak, Fabricius, Liechtenauer, Mouratow, Mangiagalli, etc.

Nous allons citer l'avis de quelques-uns parmi eux, à propos du drainage dans l'hystérectomie abdominale :

Richelot. — Mais si l'infection est à craindre, il faut se comporter autrement ; l'utérine est liée de la même façon, mais le vagin reste ouvert pour drainer la cavité

pelvienne ; des mèches de gaze remplissent le petit bassin et traversent la plaie vaginale. Qu'on se rappelle bien le vrai rôle de la gaze : elle séquestre le foyer, mais elle ne fait pas le drainage ou, du moins, n'y suffit pas ; elle devient, au contraire, une cause de rétention des liquides au tamponnement ; il faut donc associer un large drain, placé au milieu des mèches ; il faut même, si l'inondation septique a été grave, ajouter un tube dans la plaie abdominale.

P. Reclus. — Je laisse le vagin ouvert et son orifice béant assure, par le passage d'une lanière de gaze iodoformée, le drainage du petit bassin. C'est pour moi une sécurité de plus.

Plus loin, il ajoute : Est-ce que Doyen, est-ce que Richelot ne considèrent pas l'hystérectomie vaginale « comme l'intervention heureuse sans suites pénibles et sans mortalité » ? Mais, je vous le demande, dans cette intervention heureuse, ferme-t-on le péritoine ? Oblitère-t-on le vagin ? Non, et cependant l'opération est sans suites pénibles et sans mortalité. Or, après l'hystérectomie abdominale totale, le péritoine et le vagin, si, comme moi, on ne les oblitère pas, se trouvent juste dans le même état où ils sont après l'hystérectomie vaginale. Et je crois pouvoir en conclure que cette fermeture n'est pas nécessaire, que souvent elle est au moins inutile et que, dans les cas où des délabrements considérables, une intervention trop longtemps prolongée, la présence de quelque salpingite concomitante, ont pu prédisposer à l'infection du petit bassin, il est préférable de conserver le vagin ouvert et d'en profiter pour drainer le foyer opératoire.

P. Reynier. — Je rétrécis l'ouverture vaginale par quelques points au catgut, mais, systématiquement, je laisse

au centre une mèche de gaze iodoformée, qui draine, et me paraît donner une sécurité de plus. Celle-ci ne pénètre pas dans la cavité péritonéale, elle affleure seulement l'ouverture que laisse le rapprochement incomplet des ligaments larges.

Toutefois, elle est suffisante pour laisser filtrer le sang ou la sérosité qui se produit après toute intervention abdominale.

Paul Segond. — La masse utéro-ovarienne enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal et assurer le drainage avec une mèche de gaze, aseptique ou antiseptique, placée dans le vagin.

Hartmann. — Nous terminons en liant les utérines et enfouissant nos ligatures sous un surjet qui réunit ce qui reste des feuillets séreux, des ligaments larges. Quelques points au catgut rétrécissent l'orifice vaginal, dans lequel nous plaçons une mèche de gaze iodoformée.

Schwartz. — Quel qu'ait été le procédé d'exérèse employé, je suis toujours resté fidèle à l'ouverture large du vagin, qui nous donne tous les avantages de l'hystérectomie vaginale et constitue un gros drain naturel permettant l'écoulement de la sérosité sécrétée par le péritoine, des suintements sanguins plus ou moins abondants qui suivent souvent ces grandes opérations, malgré l'hémostase immédiate la plus soignée.

Je laisse donc systématiquement le vagin ouvert, mais j'ai soin de faire la suture à points coupés de la tranche des ligaments larges, puis de suturer les feuillets péritonéaux antérieurs et postérieurs à la lèvre antérieure du vagin, puis à la lèvre postérieure. J'entoure, de cette façon, de chaque côté, les ligatures placées sur les utérines ;

jamais je n'ai vu se produire d'abcès consécutifs d'éliminations de fils, quoique je n'ai jamais employé de la soie.

Nélaton. — Je veux appeler l'attention de la Société sur un point intéressant : le drainage de la cavité vaginale après l'ablation de l'utérus.

Doyen ferme le vagin et fait une suture en bourse. D'autres aiment mieux le drainage. Pour moi, j'associe les deux procédés : une mèche de gaze iodoformée, introduite dans le vagin, assure l'écoulement des liquides pendant qu'au-dessus une suture en bourse du péritoine pelvien ferme l'étage inférieur de l'excavation. On arrive ainsi à fermer la cavité abdominale pendant qu'un drainage assure la propreté des parties opérées.

M. Chaput, dans un article sur « Une nouvelle méthode de l'hystérectomie abdominale totale » (*Revue de Gynécologie,* numéro 2, 1906), se montre partisan du drainage vaginal, qu'il pratique par un gros drain de deux centimètres. Ce drain va du ras du vagin en haut, jusqu'à la vulve en bas. Il le suture à la tranche vaginale postérieure avec un fil de grosse soie. Il fait la péritonisation haute par suture du péritoine vésico-utérin à celui du détroit supérieur et de l'anse sigmoïde. Il ferme complètement la paroi abdominale, car il ne draine jamais par cette voie.

Czeroback. — Zur Frager der Drainage (Wien Klinische Wochenschrift, 1906, numéro 46, p. 1365). — Le drainage vaginal, vanté, puis abandonné, est certainement le meilleur, car il draine au point déclive et permet l'évacuation continue des cavités. L'auteur emploie les drains en caoutchouc.

F. Jayle. — Technique de l'hystérectomie abdominale totale (*Presse Médicale,* 8 janvier 1908). Le drainage va-

ginal est fait dans tous les cas au moyen d'une mèche, d'un drain de douze à quatorze millimètres de diamètre, affleurant la tranche vaginale et ne dépassant pas le milieu du vagin. (Si le drain arrive à la vulve, il devient un agent d'infection.) La mèche sera aseptique ; elle a pour objet de fixer le drain par pression et d'assurer le drainage capillaire.

A. Gosset (Technique de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour annexites suppurées. In *Journal de Chirurgie,* juillet 1909). — Cette question du drainage après hystérectomie pour lésions suppurées des annexes, a une importance capitale.

C'est au drainage vaginal que nous avons de plus en plus tendance à nous rallier, sans restriction. On peut employer le drainage vaginal aussi bien après une subtotale qu'après une totale.

Pour établir un drainage par le vagin après l'hystérectomie subtotale, il suffit de fendre le col sur la ligne médiane et de continuer l'incision sur le vagin jusqu'au fond du Douglas. Par cette brèche, on introduit facilement un gros drain et on obtient ainsi à peu de frais, même après une subtotale, un excellent drainage vaginal.

Mais c'est après la totale que le drainage vaginal est vraiment tout indiqué et présente une supériorité telle que c'est, à mon avis, quand on est obligé de drainer, la méthode de choix. J'irai plus loin, et je dirai que c'est parce qu'elle permet le large drainage vaginal que l'hystérectomie totale, dans les cas difficiles et septiques, doit être préférée à la subtotale.

§ 3. Drainage vaginal avec mèches abdominales

L'association d'une mèche abdominale au drainage vaginal, dans quelques circonstances particulières subordonnées au siège de certaines lésions, est quelquefois employée. Cette technique est suivie lorsqu'on craint le suintement d'une anse intestinale, qui était trop adhérente aux annexes ; et encore, dans le cas où l'intestin, déchiré pendant l'intervention, a été suturé, cette suture peut être faite quelquefois péniblement et ne présente pas une solidité garantissant une sécurité absolue. D'autres fois, des matières septiques ont souillé la plus grosse partie de l'abdomen, malgré les précautions prises.

Ces anses intestinales, placées loin des drains vaginaux, car elles remontent dans l'abdomen, peuvent donner lieu à des hémorragies ou à des fistules secondaires. C'est alors qu'une mèche abdominale allant de l'endroit suspect à la paroi, peut rendre service. Cela ne constitue pas un argument contre l'excellence du drainage vaginal.

Si on a recours à ce moyen, c'est à la suite des complications survenues pendant l'opération. Il fallait drainer deux points très éloignés l'un de l'autre. Cette mèche ne sera pas laissée trop longtemps en place et la solidité ultérieure de la paroi n'est pas en danger.

Routier place d'avance tout près de l'endroit de la pénétration de la mèche, un fil de bronze, d'aluminium, qu'il serre de suite après l'ablation de la mèche. Celle-ci est enlevée après vingt-quatre heures dans le cas d'hémorragie ; mais, dans le cas malheureux de fistule, elle doit rester plusieurs jours pour créer des adhérences permet-

tant de tracer un chemin vers le dehors à l'écoulement des matières.

Si le drainage abdominal donne une sécurité relative dans ces cas, c'est toujours par le vagin que s'écoule presque toute la grosse partie des liquides accumulés. Nous l'avons observé souvent, toutes les fois qu'on a été forcé de recourir à un drainage double. Nous répétons encore une fois que la mise d'un drainage abdominal ne peut remplacer, ni abaisser, la valeur du drainage vaginal.

CHAPITRE V

MATERIAUX DU DRAINAGE

Nous avons vu, dans un chapitre précédent, qu'on a utilisé des mèches de coton ou de gaze et des drains en verre ou en caoutchouc. Certains chirurgiens emploient des drains en os décalcifié. Delagenière recommande le drainage avec un tube en nickel percé de trous dans sa partie inférieure.

A l'heure actuelle, les drains en caoutchouc et les mèches de gaze sont les seuls utilisés avec avantage.

La gaze possède trois propriétés : elle produit des adhérences avec le tissu péritonéal voisin et, par conséquent, cloisonne le foyer ; par sa capillarité, elle draine en absorbant les liquides qui l'entourent et, enfin, elle est hémostatique, car, appliquée sur une surface saignante, elle arrête les hémorragies en nappe produites par les capillaires. Comme drain, elle est insuffisante si elle est employée seule. « Qu'on se rappelle bien, dit Richelot, le vrai rôle de la gaze ; elle séquestre le foyer, mais elle ne fait pas le drainage ou, du moins, n'y suffit pas ; elle devient, au contraire, une cause de rétention des liquides. Au tamponnement, il faut donc associer un large drain placé au milieu des mèches. »

« La gaze, dit Noble, ne draine pas. La sérosité s'ac-

cumule, stagne derrière elle et empoisonne la malade, si on n'y prend pas garde. »

Mais si la gaze ne draine pas bien, elle a des avantages qu'on peut utiliser avec intérêt. D'abord, elle peut arrêter les hémorragies, ensuite elle isole les foyers septiques du reste de la cavité par les adhérences qu'elle crée. Pozzi disait, à la Société de Chirurgie (Drainage capillaire et tamponnement du péritoine. *Bulletin de la Société de Chirurgie,* 1888, p. 203) : « Elle permet de limiter le champ d'invasion des matériaux septiques, de favoriser, de provoquer même la formation d'une inflammation produite sur les limites de la région condamnée à être infectée, de manière à faire pour ainsi dire la part du feu et à empêcher l'incendie septique de s'étendre hors d'un espace restreint où il sera facile de s'en rendre maître et de l'éteindre progressivement. »

Donc, la gaze, comme drain, est médiocre, et nous préférons les tubes.

Les drains sont plus usités aujourd'hui. Ils sont en caoutchouc ; ils ne doivent pas être trop rigides pour ne pas blesser les organes qui sont à leur contact, ni trop souples pour s'affaisser facilement et finir par se boucher. Il faut qu'ils soient d'un calibre assez gros (deux centimètres), pour la facilité de l'écoulement des liquides. Enfin, ils sont très commodes à stériliser par le bouillissage ou à l'autoclave. Certains auteurs, entre autres Moulonguet (Drainage vaginal dans les laparotomies, *Arch. prov. de Chir.,* Paris, III, 287-292) reprochent aux drains en tube de présenter la sécurité de drainer toujours facilement et complètement, leur lumière pouvant être obstruée par un caillot sanguin ou un morceau de tissu éliminé.

Delbet (Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine, *Annales de Gyn.,* 1890, XXX, 93), fait la même

critique et ajoute que les anses intestinales peuvent arrêter le fonctionnement des drains en s'y collant, et empêcheront la pénétration des exsudats. Et, dans ses expériences, il conclut à la supériorité de la gaze pour le drainage.

Ces accidents, qui peuvent arriver, nous ne les voyons pas heureusement dans la pratique de tous les jours, où les drains en caoutchouc donnent de très bons résultats. Quant à l'éventualité d'une hernie à travers le drain, la chose est possible et a été signalée dans le drainage vaginal par la plaie. Mais dans le drainage vaginal, l'intestin et l'épiploon arrivent à peine en contact avec le drain.

La possibilité d'une blessure par le drain est impossible, si on choisit, comme nous l'avons dit, du caoutchouc flexible.

La seule indication où le drain en caoutchouc est insuffisant est le cas où il y a des surfaces qui sont le siège d'une hémorragie en nappe ; c'est alors qu'il faut avoir recours à la gaze, et il serait préférable d'associer les deux à la fois, comme le fait M. Routier.

CHAPITRE VI

PREPARATION DE LA MALADE

La préparation d'une malade pour une hystérectomie a une grande importance. Cette question étant liée à celle du drainage vaginal, nous allons indiquer les soins qu'il faut donner à une malade qui va subir cette intervention.

La veille ou l'avant-veille de l'opération, la malade doit prendre un grand bain savonneux. Ensuite, elle sera purgée et, pour compléter l'évacuation parfaite de l'intestin, elle sera lavementée le jour même de l'opération. Les organes génitaux et le pubis seront rasés la veille de l'opération et bien nettoyés avec du savon; le jour même, la paroi abdominale est lavée au savon, puis à l'éther et à l'alcool ; de la teinture d'iode sera passée à l'ombilic et sur le pubis ; enfin, un pansement aseptique enveloppera tout le ventre. Tous ces soins seront recommencés au moment de l'opération, avec un bon badigeonnage de teinture d'iode de la paroi de l'abdomen.

La diète et le repos seront recommandés dès que la purge a été donnée. Le bouillon et le lait seront seuls permis. La malade ne doit prendre qu'un peu d'eau dans les douze heures qui précèdent l'opération ; il est même recommandé de la mettre à la diète absolue dans les dernières six heures.

La toilette vaginale, qui nous intéresse en particulier, doit être faite soigneusement. Le vagin doit être désinfecté quelques jours avant l'intervention. Des injections seront faites avec des solutions de permanganate de potasse à un ou deux pour cent, ou mieux avec du lysol à un pour cent. On peut aussi employer l'eau oxygénée. Ces irrigations seront de deux litres au moins, pour bien nettoyer les plis et les replis de la muqueuse vaginale, et seront pratiquées le matin et le soir. La température du liquide doit être de trente degrés environ.

La malade doit être dans le décubitus dorsal, le bassin un peu relevé. Le boch est placé à un mètre au-dessus du plan où repose la malade. La canule introduite dans le vagin, le liquide doit être projeté vers les culs-de-sacs vaginaux et le col de l'utérus, pour bien déblayer toutes les impuretés. A la fin de l'injection, la fourchette doit être déprimée pour vider le vagin, dans lequel on place une mèche de gare iodoformée.

Au moment où la patiente est sur la table d'opération, un aide évacuera la vessie avec une sonde de femme. Le vagin et la vulve seront savonnés et frottés avec un doigt recouvert d'une compresse stérilisée et allant dans les coins et les recoins du vagin. Une dernière injection est donnée, suivie d'un badigeonnage à l'iode.

De cette façon, le vagin est désinfecté et peut communiquer avec l'excavation pelvienne sans aucun danger.

CHAPITRE VII

TECHNIQUE DU DRAINAGE ABDOMINAL

Par la paroi abdominale on peut drainer de trois façons : par des drains en caoutchouc, par la gaze, ou en associant les deux.

§ 1er. Drainage par des drains

C'est le procédé le plus généralement employé. Le drain doit être en caoutchouc, gros de deux centimètres de diamètre, ses parois seront assez épaisses et rigides pour ne pas s'affaisser. Ce drain ne doit pas présenter des trous dans sa hauteur.

Le drain est introduit par la plaie abdominale, jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, et à l'autre extrémité dans la partie inférieure de l'incision, au-dessus du pubis. Pour empêcher ce drain de pénétrer et se perdre dans la cavité abdominale, on le fixe à la peau par un crin de Florence, quelquefois on se contente de passer au travers de son bout libre, une épingle de sûreté. La paroi abdominale est ensuite suturée au-dessous de lui.

Le drain étant insuffisant à écouler les liquides, comme nous l'avons vu, il faut faire l'aspiration.

Pour cela, l'opérateur, avec une asepsie rigoureuse, introduira par l'extrémité libre du drain une sonde de Né-

laton stérilisée, d'un calibre inférieur à celui du drain lui-même, afin de la faire glisser plus facilement jusque dans l'extrémité intra-abdominale du drain. A la sonde est adaptée une seringue, ou l'embout de l'appareil aspirateur de Potain. Il faut avoir soin de mettre de petites compresses stérilisées tout autour du drain.

Cette aspiration est faite le lendemain de l'opération et ainsi on retirera une certaine quantité de sang ou de sérosité. Le drain peut être mobilisé très légèrement sans grande insistance, dans ce premier pansement. Le second jour on recommence l'aspiration qui donne encore un peu d'exsudats. S'il n'y a pas de liquide à l'aspiration, le troisième jour, on peut enlever le drain et laisser la plaie se refermer.

Si l'écoulement persiste au delà de ce temps, on doit continuer l'aspiration régulière, jusqu'à ce que les surfaces ne suintent plus. Il serait même prudent de remplacer le gros drain par un plus petit, pendant quelques jours.

Le drain doit être retiré progressivement, et sa présence ne doit pas dépasser le sixième, ou rarement le huitième jour.

§ 2. Drainage par la gaze

On peut le faire :

1° Avec des mèches de gaze ourlées et stérilisées, qui sont introduites jusqu'au fond de cul-de-sac de Douglas, et qu'on laisse sortir par la partie inférieure de la plaie abdominale ;

2° Le tamponnement à la Mickulicz, déjà décrit. Dans ce procédé, on enlève les mèches au bout de 48 heures. Le sac est laissé jusqu'au quatrième jour. Pour faciliter son

ablation souvent douloureuse, par suite des adhérences, comme nous l'avons dit, on imbibe la gaze avec de l'eau oxygénée. Il serait préférable de mettre un drain à la place de sac, pendant 24 ou 48 heures.

En Amérique, pour empêcher l'accolement des mèches aux lèvres de la plaie et éviter les difficultés de l'ablation, on a ajouté à ces mèches des feuilles de gutta-percha. Voici ce qu'en dit le professeur Pozzi : « Pour parer à l'adhérence aux lèvres de la plaie, j'ai vu employer en Amérique des lanières de gutta-percha que l'on plaçait sur les lèvres de la plaie, entre celles-ci et la mèche de gaze. On comprend que la mèche glisse en quelque sorte lors de son ablation, sur les lanières de gutta-percha. Un autre procédé ingénieux consiste à enrouler une mèche de gaze et une feuille de gutta-percha, de manière à former une sorte de mèche, dont la partie inférieure, uniquement constituée par la gaze, plonge dans le fond de la plaie et dont toute la partie supérieure est revêtue extérieurement de gutta. On comprend qu'il n'y ait aucune adhérence de cette mèche à la plaie, sauf à son bord.

§ 3. Drainage abdominal par les tubes et les mèches

On fait un Mickulicz au milieu duquel est placé un gros drain en caoutchouc, comme l'a fait Pozzi. Ce drain sert à prévenir la rétention des exsudats trop épais qui ne filtrent pas à travers la gaze. Les lanières seront retirées après 48 heures, tandis que le sac n'est enlevé que le quatrième ou le cinquième jour pour permettre aux adhérences périphériques de s'organiser et de consolider ; autrement elles seront exposées aux déchirures.

Le pansement extérieur doit être changé, une, deux ou

trois fois par jour, selon la quantité du liquide séro-sanguin éliminée par la plaie. En tout cas, le drain sera toujours laissé après l'enlèvement des mèches.

Un procédé plus simple consiste à introduire un gros drain jusqu'au fond du Douglas. Autour du tube on place deux ou trois mèches de gaze stérilisées qui vont couvrir les pédicules et les surfaces cruentées. Ces mèches seront enlevées avant le drain.

CHAPITRE VIII

TECHNIQUE DU DRAINAGE VAGINAL

Il faut distinguer le drainage vaginal après l'hystérectomie abdominale totale, de celui qui se fait après la subtotale. La technique n'étant pas la même, nous l'étudierons dans deux chapitres séparés.

§ 1er. Drainage vaginal après l'hystérectomie abdominale totale

L'utérus enlevé, le chirurgien passe un gros drain en caoutchouc par l'abdomen, à travers le vagin ouvert. Une des extrémités du tube ira affleurer la vulve, l'autre est fixée à la tranche vaginale antérieure par un fil de catgut. La tranche vaginale a été préalablement fixée sur le plancher pelvien, en avant, en arrière et sur les côtés, par un fil de catgut. Cela permettra au vagin de rester béant et de favoriser ainsi le drainage. Ceci fait, il faut s'occuper de la péritonisation. Cet acte opératoire nous intéresse au point de vue qui nous occupe, car la réfection complète, si c'est possible, de la séreuse péritonéale, empêchera les liquides séreux ou séro-sanguinolents des surfaces cruentées, de diffuser dans la grande cavité abdominale qui sera ainsi à l'abri de toute infection. En plus, dans le cas exceptionnel, où il se produirait une rétention par oblitéra-

tion du drain, le péritoine ne sera pas atteint. L'état du péritoine fait varier la technique. Si la séreuse est saine, souple, pas adhérente et facilement mobilisable, on suture sa portion vésicale à celle du cul-de-sac de Douglas, et le drain sera ainsi couvert et séparé de la cavité péritonéale.

Dans le cas où la séreuse est indurée, adhérente aux tissus sous-jacents, le meilleur procédé est de suturer le péritoine de la vessie avec l'S iliaque, par un surjet à points serrés. On peut faire, pour aller plus vite, une suture en bourse, au lieu d'un surjet, mais il faut que le péritoine soit mobilisable.

Dans les deux cas, la partie inférieure du pelvis ne communique pas avec l'abdomen et peut être très bien drainé.

Le drain est laissé cinq à six jours. Pendant ce temps, aucune injection ; l'écoulement vaginal est recueilli sur un morceau d'ouate fermant l'orifice vulvaire. Cette lame est changée après chaque miction ou lorsque elle se trouve souillée. Lorsque le drain est enlevé, on commence par faire, chaque matin, une irrigation vaginale à l'eau bouillie, le jet du liquide doit être faible et le vagin est tenu largement ouvert au moyen de deux valves, pour faciliter la sortie du liquide injecté. A partir du huitième jour, on peut faire de simples injections vaginales ordinaires.

M. Routier ajoute aux drains trois mèches. Voici comment il procède, d'après Audard : « Lorsque le moment de mettre en place drains et mèches est venu, M. Routier prend les deux tubes accolés entre le pouce et l'index de la main gauche et enroule autour de l'extrémité, à laquelle il est fixé, le double fil de soie qui réunit les drains. Un aide lui présente alors trois mèches dépliées et accolées parallèlement, les trois soies étant aussi jointes et parallèles. M. Routier saisit les trois fils de soie qui leur correspondent, l'extrémité vaginale des drains déjà flan-

quée de sa ligature. Puis il prend une pince porte-éponges, introduit un mors dans l'extrémité, qui doit demeurer abdominale, de chaque drain et ferme la pince. Avec un grand clamp courbé, il embrasse l'extrémité qui doit aller dans le vagin, de deux drains et des trois mèches étroitement reliés, suivant le procédé déjà décrit ; à l'aide de ces instruments, il fait pénétrer les tubes de caoutchouc dans l'intérieur du vagin, de haut en bas de l'abdomen, vers la vulve, et il pousse, jusqu'à ce que l'extrémité taillée en biseau de deux drains vienne se mettre à peu près au niveau de la section vaginale. Il a donc enfoncé, dans le vagin, les drains dans leur totalité et une portion seulement, la plus courte de beaucoup, des mèches de gaze, dont le reste est destiné à l'abdomen. La pince clamp est alors ouverte et retirée. Il en est de même de la pince porte-éponges, mais le rôle de celle-ci n'est point encore terminé ; elle sert alors à bien étaler et à tasser, si la possibilité d'une hémorragie à redouter rend ce tassement nécessaire, l'extrémité abdominale des trois mèches, dont l'une va au cul-de-sac de Douglas et chacune des deux autres vers la fosse iliaque correspondante. La plaie abdominale est alors suturée. Un pansement est enfin appliqué devant la vulve ; il se compose d'une compresse de gaze stérilisée et d'une couche d'ouate aseptique, que maintient en place un bandage en T.

Le soir même de l'opération, on défait le pansement placé au devant de la vulve, puis, écartant avec les doigts les petites lèvres, on regarde s'il a coulé quelque chose par les drains, si les mèches sont imbibées par un liquide quelconque, et le cas échéant, avec une canule de verre maintenue à l'entrée du vagin, on fait arriver, sous une faible pression, une injection d'eau bouillie sur l'extrémité vaginale de la gaze et des tubes. Il n'est jamais né-

cessaire de se servir de petits tampons d'ouate sèche pour nettoyer et libérer la lumière des drains, encore moins de recourir à l'aspiration préconisée par Terrier, Duret et d'autres. En matière de drainage abdominal, ce simple lavage orificiel est parfaitement suffisant. On le renouvelle matin et soir pendant tous les jours qui précèdent l'ablation du matériel de drainage, mais en ayant bien soin de ne pas faire pénétrer la canule de verre profondément dans le vagin, car le péritoine est là, au-dessous, absolument béant, il pourrait alors être infecté de bas en haut par le liquide de l'injection qui irait le souiller. Le lavage terminé, on replace le pansement vulvaire.

On n'a pas besoin de spéculum, on se sert simplement de ses doigts pour enlever les mèches (9e jour). Quelquefois on peut avoir recours à une pince porte-éponges, guidée sur l'index et le médius d'une main introduite dans le vagin. On a parfois de la peine à retirer les mèches, par ce qu'elles adhèrent à la paroi et résistent. D'ordinaire, la première vient assez facilement, mais les autres tiennent. Une injection d'eau bouillie aide à leur détachement, il ne semble point que l'eau oxygénée, si précieuse pour faciliter l'ablation des mèches abdominales, rende les mêmes services dans l'extirpation de la gaze vaginale. Il peut encore se produire une légère hémorragie au moment où les mèches se détachent de la paroi à laquelle elles étaient fixées. Soit que les mèches, trop adhérentes, résistent trop, soit qu'il apparaisse du sang à la vulve, il faut remettre au lendemain la suite de l'opération. Ce jour-là, le dixième, on tire encore un peu sur la gaze et on coupe avec des ciseaux toute la partie des mèches qui est ainsi devenue accessible. Pendant les deux jours qui suivent, même manœuvre. Le douzième jour venu, on retire les tubes à drainage. Il peut arriver que le neuvième jour, lors des ten-

tatives faites pour entraîner la gaze, tout vienne en même temps, drains et mèches. C'est là un contre-temps qui ne saurait avoir de résultats fâcheux, à tel point que, si par exception, les malades souffrent de leur drainage vaginal, on peut tout faire sauter dès le neuvième jour, mèches et drains.

Lorsque les mèches et les drains ont été enlevés, on fait dans les jours qui suivent, une injection vaginale, matin et soir. Durant quatre ou cinq jours encore, il ne faut pas enfoncer la canule profondément dans le vagin, de peur d'une infection péritonéale ascendante.

Drainage vaginal avec mèches

Le professeur Pozzi emploie pour le drainage vaginal des mèches seules. Voici sa technique, d'après Dartigues (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, n° 5, 1906, page 815). Il place une mèche qui va du cul-de-sac du Douglas dans le vagin, à travers la collerette vaginale. A l'extrémité vaginale de cette mèche est attaché un fil qui la rend reconnaissable et facilite aussi son extraction. Il met en plus une autre mèche dans le vagin seul. Cette dernière mèche est destinée à recueillir les liquides. On la change chaque jour. L'ablation de la première mèche se fait ordinairement le cinquième jour.

§ 2. Drainage vaginal pour hystérectomie abdominale subtotale

Dans l'hystérectomie abdominale subtotale, le drainage vaginal peut se faire à travers le moignon du col de l'utérus ; c'est le drainage transcervical employé par notre maître, M. le professeur agrégé Soubeyran. D'autres chirurgiens font le drainage cervico-vaginal.

Drainage transcervical

Technique de M. Soubeyran

L'utérus et les annexes enlevés, le moignon du col est saisi par une pince, puis la lame rougie du thermocautère est enfoncée dans le canal cervical. Cette précaution est nécessaire pour détruire la muqueuse cervicale qui peut être infectée. Ensuite, avec un bistouri, on évide largement le col. Le drain introduit par l'abdomen est tenu entre le pouce et l'index, et est glissé à travers l'orifice cervical évidé. On le pousse jusqu'à ce que son extrémité affleure la section du col. Puis, par un fil de fin catgut, on fixe le bord du tube à une tranche du col. Enfin, par un surjet, le péritoine est suturé à la tranche du col, et l'on peut fermer ce péritoine, soit hermétiquement sur le drain et le col, soit d'une façon incomplète, pour permettre le drainage de la séreuse ; on peut même laisser déborder le tube dans la cavité pelvi-péritonéale, et suturer ensuite l'S iliaque au péritoine vésical. La paroi abdominale est fermée complètement. Une lame d'ouate aseptique est maintenue par un pansement au-devant de la vulve. L'ablation du drain est très facile, elle se fait au cinquième ou au sixième jour. Pour cela il suffit de faire un mouvement de rotation au drain, le fil qui le tient lâche et le tube vient sans aucune difficulté. Pendant les cinq ou six jours où le drain est encore en place, on se contente de remplacer la lame d'ouate chaque fois qu'elle est imbibée de liquide, par une autre propre. Les injections ne sont faites qu'après l'enlèvement du drain. Ce procédé a donné d'excellents résultats depuis qu'il est employé par M. Soubeyran. Il est très simple à exécuter et facile comme suites.

Drainage vaginal par le col et le Douglas

Dans ce cas, après la section de l'utérus et l'enfoncement du thermocautère dans la lumière du col, celui-ci est fendu dans toute sa longueur ; sur sa face postérieure l'incision continue aussi sur le cul-de-sac du Douglas. C'est à travers cette large brèche qu'on pratique le drainage. Le drain est fixé au col. La technique et les suites sont les mêmes que dans le drainage vaginal pour hystérectomie abdominale totale. Nous n'insistons pas davantage, de peur de tomber dans des redites.

Drainage vaginal avec des mèches abdominales

Ce procédé est employé, comme nous l'avons dit, dans certains cas spéciaux. Sa technique est simple. Le drainage vagnal fait, on place les mèches dans l'angle inférieur de la plaie abdominale ; la paroi est suturée au-dessus. Les suites ne comportent aucun détail particulier.

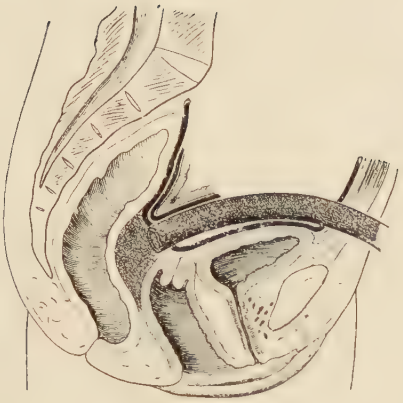

FIGURE 1

Drainage abdominal d'après R. Proust)

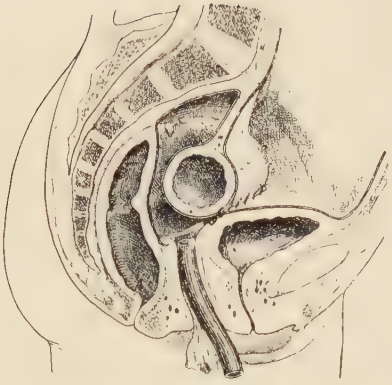

FIGURE 2

Drainage vaginal après hystérectomie abdominale totale. Le péritoine vésical est suturé à l'S iliaque (d'après Gosset)

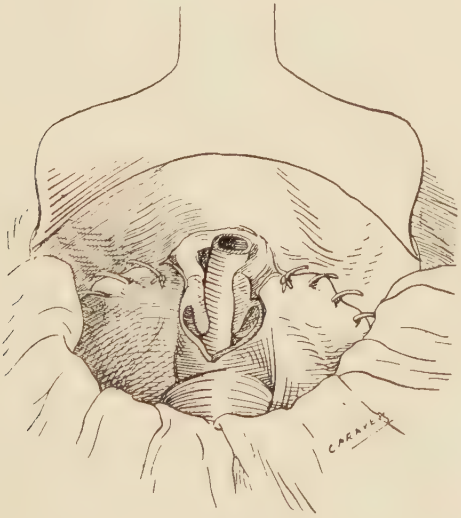

FIGURE 3

Drainage vaginal après hystérectomie abdominale subtotale. Le col et le cul-de-sac de Douglas sont sectionnés à leur paroi postérieure (d'après Dartigues).

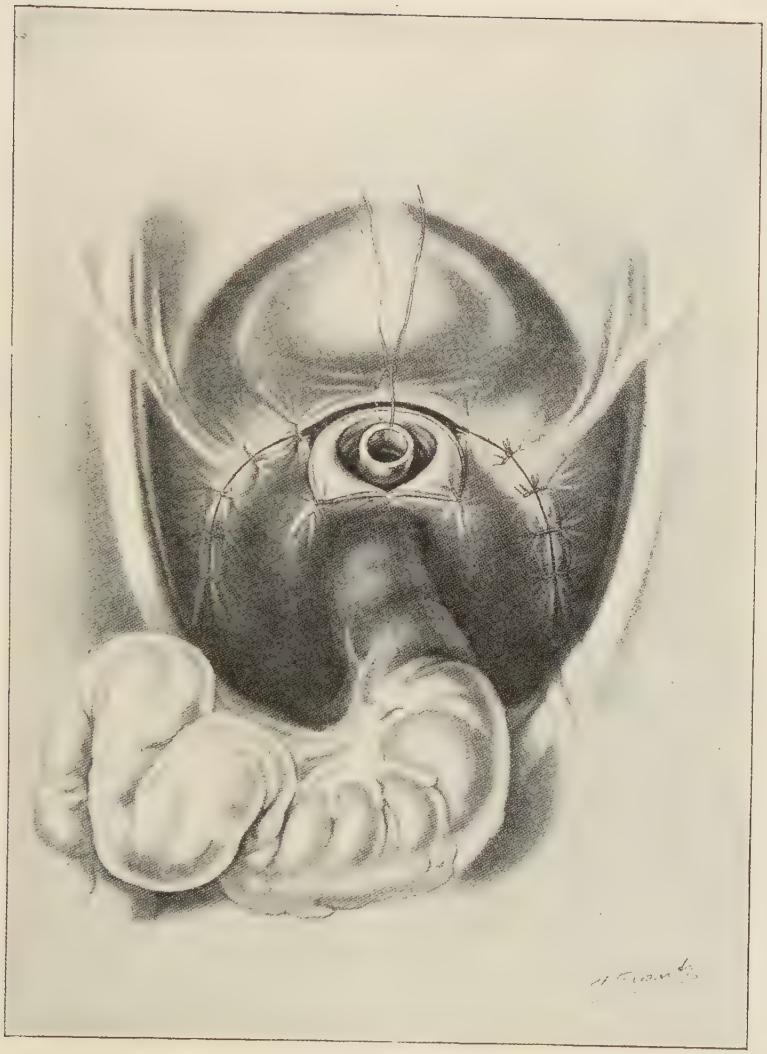

FIGURE 4

Drainage vaginal après hystérectomie abdominale totale. Le drain est fix par un catgut à la tranche vaginale antérieure (d'après Gosset)

OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons sont dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran.

Observation première

Fibromatose utérine. – Hystérectomie totale. — Drainage vaginal. – Guérison

Femme de 49 ans ; trois grossesses ; anémiée par de très fortes pertes rouges depuis dix mois. Utérus gros, long de treize centimètres.

Le 29 août 1908, hystérectomie totale, pratiquée par M. Soubeyran, à la villa Fournier ; drainage vaginal seul. Guérison retardée par une phlébite post-opératoire, siégeant à la jambe gauche.

Observation II

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. — Hystérectomie totale. — Drainage vaginal. — Guérison

Femme de 55 ans, se plaignant d'abondantes hémorragies depuis un an. A l'examen, on trouve une tumeur utérine débordant le pubis de quatre travers de doigt.

Ablation le 4 avril 1909. Assistant, M. Roques. Hystérectomie totale ; drainage vaginal ; guérison.

Observation III

Volumineux fibrome occupant la paroi postérieure. — Hystérectomie subtotale. — Drainage vaginal à travers le col. — Guérison

Femme de 50 ans, de Launac, présentant une énorme tumeur abdominale. Elle a eu trois enfants. La tumeur serait apparue il y a dix ans et, depuis lors, il existe des pertes rouges abondantes qui, depuis quelques mois, sont devenues très fortes.

Le fibrome, très mobile, remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Opération le 6 avril 1909. — La tumeur, très grosse, est sortie avec difficulté ; pas d'adhérences, pas d'annexites ; à sa base, contre la vessie et dans le ligament large, on voit se dessiner de grosses varices ; hystérectomie subtotale, avec l'aide de M. Roques, interne des hôpitaux.

De nombreuses ligatures sont nécessaires au niveau du ligament large et du col. Evidement large du col au bistouri ; drainage vaginal par un gros tube. Guérison rapide et parfaite.

Observation IV

Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale totale. — Drainage vaginal Guérison

Mme C..., de Saint-Christol-les-Alais, 48 ans, deux enfants ; femme très pâle et fort anémiée par des pertes rouges abondantes qui durent depuis un an.

Elle présente un fibrome assez gros, allant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.

Hystérectomie abdominale totale le 27 avril 1909. Drainage vaginal seul. Guérison rapide.

Observation V

Fibromyome utérin coexistant avec un gros fibrome de l'ovaire. — Hystérectomie subtotale. — Drainage transcervical. — Guérison

Mme X..., 55 ans, présente des règles très abondantes et durant deux jours depuis deux ans ; il y a quelques mois, elle s'est aperçue de la présence d'une tumeur abdominale, que l'on a prise pour un rein mobile.

Abdomen gras ; à l'examen, on trouve un fibrome utérin débordant largement le pubis et une deuxième tumeur abdominale très mobile.

Le 21 août 1909, laparotomie ; hystérectomie subtotale ; le fibrome saigne beaucoup pendant l'opération, car il y a des varices du ligament large ; drain transcervical après évidement du col. Appendue au ligament large droit, se trouve une grosse tumeur possédant un long pédicule et qui n'est autre chose qu'un fibrome de l'ovaire. Son ablation est aisée. Guérison rapide.

Observation VI

Fibrome utérin. — Hystérectomie totale. — Drainage vaginal. — Guérison

Femme de 28 ans ; jamais de grossesse. Depuis dix mois, se plaint de douleurs, de troubles nerveux et de règles fréquentes, irrégulières et abondantes.

A l'examen : fibrome noduleux irrégulier.

Hystérectomie totale le 7 septembre 1907, avec l'assistance de M. Reynès et de M. Maillé ; drainage vaginal. Guérison sans incidents.

Observation VII

Fibrome utérin à noyaux multiples. — Hystérectomie abdominale totale
Drainage vaginal. — Guérison

Mlle G..., 29 ans, se plaint depuis un an de pertes rouges abondantes avec caillots, accompagnées de douleurs et de constipation. Le docteur Ed. Bosc diagnostique un fibrome et la fait entrer à l'hôpital.

Réglée à quatorze ans, jamais de grossesse, complexion plutôt délicate. L'utérus, très gros, remonte à l'ombilic. Le 6 septembre 1909, hystérectomie totale ; assistant, M. Maillé ; les deux nodules de la base, près du ligament large, compliquent un peu l'opération et gênent le dégagement de la tumeur. Drainage vaginal. Guérison.

Observation VIII

Annexite suppurée. — Hystérectomie subtotale. — Drainage vaginal transcervical. — Guérison

Mme R..., de Saint-Laurent-d'Aigouze, 30 ans. Elle souffre depuis cinq ans de crises annexielles avec pelvi-péritonite.

A l'examen : utérus gros, adhérent ; masses annexielles bilatérales et douloureuses.

Opération le 20 août 1909.

Laparotomie : bassin rempli de poches suppurées et adhérentes. Ablation première de l'utérus (subtotale). Ablation des annexes et des poches, pleines de pus blanchâtre, sentant le colibacille ; certaines se crèvent. Nettoyage du pelvis. Gros drain vaginal passé et fixé à tra-

vers le col. Vu la souillure du péritoine avec du pus et les adhérences étendues, M. Soubeyran a ajouté de grosses mèches abdominales de gaze.

Observation IX

Annexite suppurée. — Hystérectomie subtotale. — Drainage vaginal et abdominal. — Guérison

Mme A..., 27 ans, de Cette. Début ancien ; crises aiguës de pelvipéritonite depuis un mois. Accouchée il y a deux mois. Pertes blanches abondantes.

Entre le 10 septembre 1909 dans le service de chirurgie (suppléance de M. le professeur Tédenat). Elle a l'abdomen gonflé (péritonite).

Traitement : glace, diète.

Examen : utérus fixé ; Douglas plein d'une masse douloureuse.

Le 19 septembre, laparotomie : adhérences intestinales nombreuses ; on les décolle péniblement ; poches annexielles très adhérentes ; quelques-unes sont crevées.

Ablation première de l'utérus (subtotale), puis des annexes. Drainage vaginal à travers le col ; le tube est fixé par un catgut. Ablation du diverticule de Meckel, situé dans la fosse iliaque gauche. Mèches abdominales.

Les suites opératoires sont bonnes. Guérison.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédenat)
Annexite suppurée. — Hystérectomie abdominale totale. — Drainage
Guérison

F. M., 31 ans, demeurant 41, faubourg Boutonnet, entre dans le service le 14 février, pour maux de ventre.

Début au mois de décembre, par douleur subite, siégeant à la partie inférieure de l'abdomen.

Le 20 janvier, la douleur augmente, est à paroxysmes. Bien réglée à 13 ans ? Au début, règles irrégulières, mais au bout de quelques mois elles deviennent régulières jusqu'au mois de décembre. Pertes abondantes pendant quatre à cinq jours et douleur au commencement des menstrues. Pertes blanches depuis deux ans et demi. Fluxion de poitrine à vingt ans ; pas d'enfant ; pas de fausse-couche.

Le 1er mars, laparotomie médiane ; on touche une collection volumineuse au niveau de la trompe gauche. La collection, saisie et ponctionnée, laisse écouler un pus verdâtre, fétide. Malgré les précautions prises, ce pus tombe un peu partout dans la cavité abdominale. L'utérus est infiltré. On pratique l'hystérectomie totale. Un drain est placé dans le vagin, des mèches de gaze dans l'abdomen. La paroi est suturée avec un fil métallique.

Les suites opératoires sont excellentes ; il s'écoule un liquide louche et sanglant par le tube placé dans le vagin. La température et le pouls ne montent pas.

Observation XI

Cancer utérin. — Hystérectomie abdominale totale. — Drainage. — Guérison

Mme D..., 41 ans, de Fabrezan (Aude). Début par pertes rouges, pas de douleur. Col gros et bourgeonnant. Utérus très mobile.

Le 7 septembre 1909, ablation sans anesthésie, du col et des bourgeons à la curette.

Le 20 septembre, hystérectomie abdominale totale très

facile, car l'utérus est très mobile. Drainage vaginal avec drain.

Guérison très rapide.

Observation XII

Cancer du col utérin. — Hystérectomie totale. — Drainage. — Guérison

Rose B..., 45 ans, de Vernet-les-Bains, envoyée par le docteur Pagès à l'Hôpital Suburbain (suppléance du service de M. le professeur Tédenat).

Début : apparu en juin 1907, par pertes rouges, sans douleur. Col ulcéré, végétant à droite du museau de tanche. Utérus mobile.

Le 5 août 1907, hystérectomie abdominale totale. Opération très difficile ; adhérences très dures, semblables à des fils fibreux de l'intestin. Annexite fibreuse. Adhérence tenant le Douglas. Drainage vaginal par un gros tube fixé par un fil à la lèvre postérieure du vagin. Mèches dans l'abdomen.

Suites excellentes. Guérison.

« Malade encore en excellent état, en décembre 1909. » (Docteur Pagès.)

CONCLUSIONS

Après l'hystérectomie abdominale, le drainage vaginal est seul logique, parce qu'il draine au point déclive, qu'il ne présente pas les inconvénients du drainage abdominal comme le retard de cicatrisation de la plaie, les risques de hernies ou d'éventration.

Les suites du drainage vaginal sont plus simples et plus faciles.

Le drainage abdominal seul est insuffisant.

Avec le drainage par le vagin et la péritonisation, la grande cavité abdominale peut être isolée et mise à l'abri du contact de l'extérieur et des suintements et exsudats des surfaces cruentées, ce qu'on ne peut avoir avec le drainage abdominal.

Dans le cancer, le drainage doit être toujours institué.

Pour les annexites, il est presque toujours fait, de même que pour l'hématocèle par grossesse extra-utérine. Quant aux fibromes utérins, le drainage est discutable.

Les procédés de choix du drainage vaginal sont :

a) Dans l'hystérectomie abdominale totale, il faut mettre un drain dans le vagin, fermer la cavité péritonéale, soit par suture du péritoine vésical à celui du cul-de-sac de Douglas, ce qui permet de drainer les ligaments larges, ou bien, par suture de l'S iliaque à la séreuse vésicale pour drainer le Douglas et toute la partie inférieure

du pelvis ; on peut aussi ne pas fermer complètement le péritoine par dessus le drain, dans le cas où l'on veut drainer la séreuse. Ces deux dernières conduites sont les plus rationnelles.

b) Pour l'hystérectomie abdominale subtotale, le procédé de M. Soubeyran est excellent et se fait sans grand délabrement.

Le procédé qui consiste à fendre le col utérin et le Douglas est également bon.

BIBLIOGRAPHIE

Angelesco. — Hystérectomie abdominale totale. Th. Paris, 1897.

Audard. — Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées. Th. Paris, 1903.

Bardenheuer. — Die Drainirung der Peritonealhöhle chirurgische Studien, nebst einem Bericht über sieben Nierem extirpationen. 8°, Stuttgardt, 1881.

— Ueber die Drainage der Peritonealhöhle. Arch. f. Gynack., Berl., 1881, XVIII, 465-472.

Batigne. — Traitement chirurgical de l'infection péritonéale post-opératoire précoce. Th. Paris, 1898.

Barozzi. — Manuel de Gynécologie pratique, 1907.

Brénans. — Etude critique sur le drainage à la Mickulicz. Th. Lyon, 1894.

Berruyer. — Du drainage du péritoine après laparotomie p. lésions utéro-ann. et de la péritonéoplastie pelvienne. Th. Paris, 1901.

Bliesener. — Die abdominale Radicaloperation bei entzundlichen, Adnexerkrankung. (Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol, juin, juillet et août 1896.)

Bœckel (J.). — Déchirure de la vessie et des intestins au cours de la laparotomie. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1897, I, 846.

Bouilly. — Traitement des suppurations pelviennes. Presse Médicale, 1896, 441-446.

Bovis (R. de). — Le drainage en gynécologie. La Semaine Médicale, numéro 34, 1907.

Burrage. — Some results of the postural method of draining the peritoneal cavity after abdominal operations. Boston m. and S. J., 1898, CXXXVIII, 52-54.

Caboche. — Hystérectomie abdominale totale, procédé de Doyen. Th. Paris, 1898.

Chaput. — Traitement consécutif de l'hystérectomie vaginale par les lavages de haut en bas au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal. Semaine Médicale, 31 août 1892.

— Traitement des grosses salpingites haut situées par l'hystérectomie vagino-abdominale fermée. Ann. de Gyn., 1894, XLII, 6.

— Une nouvelle méthode d'hystérectomie abdominale totale. Revue de Gynécologie, numéro 2, 1906.

Chrobach. — Cent. f. Gynack, 1888, numéro 1.

— Zur Frager der Drainage. Wien Klinische Wochenschrift, 1906, numéro 46, p. 1365.

Clark. — A critical review of 1700 cases of abdominal section from the standpoint of intraperitoneal drainage. Am. J. of Obst., 1897, XXXV, 481.

Coffey. — The principles and mechanics of abdominal drainage. J. of the Amer. med. Assoc., 1907, XLVII, 937-941.

Cordier. — Peritoneal irrigation and drainage. Am. J. of Obs., 1897, XXXII, 571.

Cushing. — Abdominal drainage. Boston m. and s. J., 1894, CXXXI, 203.

Delage. — L'hystérectomie abdominale dans le traitement

des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus. Th. Paris, 1902.

Delagénière (H.). — Nouvelle technique de drainage de la cavité péritonéale. Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1898, XXIV, 358.

Delbet (Pierre). — Expériences et réflexions sur le drainage du péritoine. Ann. de Gyn., 1890, XXXIII, 93.

— Des suppurations pelviennes chez la femme, 8°, Paris, 1890.

Delassus. — Le drainage abdominal avec aspiration. Bull. Soc. méd. Chir. du Nord, 1907.

Fabricius. — Ueber die Drainage. Geburts Gynakol. Gesellschaft in Wien, 30 oct. 1906, in Zentr. Bl. f. Gynäkol, 9 fév. 1907, p. 193.

Faure (J.-L.). — Chirurgie des annexes de l'utérus, 1901.

Franckel (Alex.). — Ueber peritoneal infection. Wiener Klin. Wochensch., 26 marz 1891, n° 13, p. 245 ; 2 april 91, n° 13, p. 265-268 ; 9 april 91, n° 15, p. 285-289.

Franckel (de Hambourg). — Zur Ætiologie der peritonitis. Münch. med. Woch., 1890, numéros 2 et 11.

Fritsch. — Samml. Klinisch Vortrag, 1889, n° 339.

Grawitz. — Statischer und experimenteller. Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis. Charité Annalen, XI, p. 776.

Hartmann. — Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1897, XXIII, 551.

Hegar. — Kapillar drainage der Bauchköhle. Cent. f. Gynack, 1882, numéro 7.

Heinricius. — On den profylaktiska drainagen of peritonealhœlan vid Ovariotomie. Finska svellsk hanal, 1886, XXXVII, 203.

Haltenbach. — Tageblatt der naturforschen Versammlung zu Salzburg, sept. 1881.

Henri Parrical de Chammard. — L'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées. Th. de Paris, 1908.

Igonet. — Contribution à l'étude du drainage dans les laparotomies. Th. Lyon, 1905.

Jaylé. — La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. Th. Paris, 1895.

Kehrer. — Kapillardrainage der Bauchhöhle. Cent. f. Gynack, 1882, numéro 2.

Kelly. — Gynécologie opératoire, 1898.

Kocher. — L'excision totale de la matrice et la question du drainage abdominal. Revue Médicale de la Suisse romande, 1881, I, 653.

Kœberlé. — Gaz. des Hôpitaux, 1867.

Küstner. — Die Indikationen und Kontraindikationen der Bauchhöhlen drainage nach der Laparotomie (Zeitsch. f. Geburstsh. u. Gynakol, 1905, LV, p. 6.)

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de Gynécologie.

Labbé (L.). — De la valeur du drainage péritonéal dans l'ovariotomie. Bull. de l'Ac. de Méd. et de Chir., 1880, IX, numéro 48, 1272.

— Gaz. hebdom. de méd. et de chir., 1880, numéro 49, 788.

— Leçons de clin. chir., Paris, 1876, 409.

Latouche. — Considérations sur la technique opératoire des grandes interventions abdominales et en particulier sur les indications du drainage vaginal dans les hystérectomies abdominales totales et l'ablation des tumeurs adhérentes au petit bassin. Centre Médical, 1er mai 1896.

Lichtenauer. — Ueber die Chir. Behandlung der Pyosal-

pinz. Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynâkol, mars 1903.

Martin (A.). — Die drainage bei peritonealen Operationen. Samml. Klin. Vortr. v. B. Volkmann. Leipz., 1882, numéro 219. Gynack., numéro 61, 1601-1616.

Mangiagalli. — In F. Caldesi. Del drenaggio peritoneale post-laparotomico. Ann. di ostet. e ginecol., fev. 1907.

Marion. — Manuel de technique chirurgicale, 3e éd., 1908.

Monod et Vanvert. — Traité de technique opératoire, 2e éd., 1908.

Mouratow. — Vratch. Gaz., 6 nov. 1904.

Mickulicz. — Ueber die Anwendundung der antisepsis bei Laparotomieen mit besonderer Rücksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle. Arch. f. Klin. chir., Berl., 1881, XXVI, 111-150.

— Ueber die Ausschalung todser Raume aus der Peritonealhöhle mit besonderer Rücksicht auf die Extirpation der au der Beckenhœhle ausgehenden Geschwulste. Verandl. d. deutsch. Geselsch. f. Chir., Berl., 1886, XV, pt. 2, 187-209. Arch. f. Klin. Chir., Berl., 1886-1887, XXXIV, 635-657.

Moulonguet. — Le drainage vaginal dans les laparotomies. Arch. prov. de Chir., Paris, 1894, III, 287-292. Gaz. méd. de Picardie, Amiens, 1894, XII, 155-163.

Munde. — Drainage after laparotomy. Am. J. of Obst., 1887, XVI, 1048 ; Am. J. of Obst., 1888, XVII, 143.

Nélaton. — Bull. de la Soc. de Chir., 1897, XXIII, 562.

Noble. — Some of the desadvent of vog. drainage. Am. Gyn. and Obst., 1898.

Nussbaum. — Bayerisches aerotliches Intelligenoblott, 1874, numéro 3.

Oberlander. — Ueber die Vorteile der vaginalen Bauchhohlendrainage. Zeitsch. f. Geburtsh., u. Gynäkol, 1903, L, 3.

Olshausen. — Wider die Drainage. Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynakol, 1903, XLVIII, 2, et Semaine médicale, 1903, p. 251.

Pamard. — Contribution à l'étude du drainage dans la laparotomie. Th. Paris, 1901-1902, numéro 467.

Peasle. — Ovarian Tumours, 1855, 509.

Penrose. — Drainage in abdominal surgery. Jour. of Amer. med. assoc. Chicago, 1890, XIV, 264-268.

Perrier (F.). — D'un procédé de drainage péritonéo-vaginal pouvant remplacer le Mickulicz abdominal. Th. Lyon, 1900-1901, numéro 100.

Pozzi. — Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée. Bull. de la Soc. de Chir., 1888, XIV, 205 et 216.

— Traité de gynécologie, 1905.

Price. — The indications for drainage in abdominal surgery. Am. J. of Obst., 1888, XVIII, 1069.

— Drainage in abdominal and pelvic surgery. News,

— Abdominal drainage. Tr. M. Soc. N Y. ; Phila., Phila., 1890, LVI, 271.

1892, 230-1236.

Pawlowsky. — Beitrage zur Ætiologie und Entstehungsveise der acuten Peritonitis. Centralbl. für Chirurg., 1887, numéro 48, p. 881, et Virchow's archiv, Bd. 119, 2 Heft.

Penrose. — Use of the abd. drainage tube determ. by bac-

ter. exam. Coll. and Clin. Rec. Phila., 1894, 194-196.

Quénu. — Nouv. Arch. d'Obst. et Gyn., 1894, p. 423-461 : Du drainage dans la laparotomie pour inond. périt., Soc. Chir., 1900, p. 368.

Quénu et Judet. — De la péritonisation dans les laparotomies. Rev. de Chir., 10 février 1901, p. 153.

— Bull. de la Soc. de Chir., 1889, XV, 385 ; Bull. de la Soc. de Chir., 1897, XXIII, 562.

Ravaton. — Chirurgie d'armée ou traité des plaies d'armes à feu et d'armes blanches. Paris, 1768, 231 et 452.

Reclus. — Bull. de la Soc. de Chir., 1897, XXIII, 519.

Reichel et Kummel. — Beitrage zur Ætiologie und chirurgischen Therapie der Septischen Peritonitis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXV, 1.

Reynier. — Bull. de la Soc. de Chir., 1897, XXIII, 523.

Richelot. — L'hystérectomie abdominale totale contre les affections des annexes. Rev. de Chir., sept. 1897.

— Bull. de la Soc. de Chir., 1897, XXIII, 559.

Routier. — Bull. de la Soc. de Chir., 1897, XXIII, 559. Société de Chirurgie, 1900.

Sanger. — Ueber Drainage des Bauchhöhle bei laparotomieen. Deutsche med. Wochenschr., Leips., 1891, XVII, 145.

Schauta. — Ueber die Indicationen die Tecknik und die Erfolge der adnexopération. Verhandlungen des 5 Kongresses der deutschen Gesellschafts für Gynakologie abgehallen zu Breslau im Mai 1893. Leipzig.

Schwartz. — Bull. de la Soc. de Chir., 1897, XXIII, 552.

Sebileau (P.). — Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme. Th. Paris, 1889.

Segond. — Bull. de la Soc. de Chir., 1897, XXIII, 547.

Sébileau. — Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme. Thèse Paris, 1889.

Seeligmann. — Ueber die Drainage nach Laparotomien mit schweren Complicationen (Deutsche med. Wochensch., 28 sep. 1899.)

— Ueber die Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomie. Centr. Bl. Gynakol., 18 mai 1901.

Sims. — On ovariotomy, 1873.

Stone. — Note on drainage after laparotomy. Am. J. of obst., 1893, XXVII, 579.

Tait (L.). — British Gynec. Journ., août 1887.

Terrier. — Bull. de la Soc. de Chir., 7 mars 1888.

— De l'hystérectomie abdominale totale (supra-vaginale). (Communication au Congrès français de Chirurgie, XI[e] session.) Revue de Chirurgie, nov. 1897, XVII, 882.

Terrillon. — Le péritoine, ses propriétés au point de vue chirurgical. Progrès Médical, 18 août 1883.

Vincent. — Notes gynécologiques. Drainage. Pédicule des tumeurs. Lyon Méd., 18 février 1883.

Ward. — Gauze as drainage in abdominal and pelvic surgery. Jour. of Amer. med. Assoc., 1896, XXVII, 199-202.

Waterhouse. — Experimentelle Untersuchungen uber Peritonitis. Wirchow's arch. Bd CXIX, 1890, 340.

Wiedow. — Berl. kl. Woch., 1894, numéro 39.

Wegner. — Chirurgische Bemerkungen uber die peritonealhöhle mit besonderer Berucksichtigung der Ovariotomies. Arch. für Klinische Chirurgie (von Langenbeck) Band XX, 1878, S. 51-143.

WESTERMARK. — Bidrag till fraagan om peritonealdrana-
ge. Hyggiea, oct 1905, p. 1011.
WYLIE. — Am. J. of Obst. 1885, XII, 1084.
— Am. J. of Obst., 1886, XIII, 611.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 10 mars 1910.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil
de l'Université,
PÉLISSIER.

Vu et approuvé
Montpellier, le 9 mars 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION. 7

CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE. 10

CHAPITRE II. — DU POUVOIR DE RÉSORPTION DU PÉRITOINE. . . 12

CHAPITRE III. — INDICATIONS DU DRAINAGE 15

§ 1er Hystérectomies abdominales pour cancer de l'utérus. 23
§ 2e Hystérectomies abdominales pour annexites suppurées. 23
§ 3e Hystérectomies abdominales pour fibromes utérins. . 25
§ 4e Hystérectomie abdominale pour hématocèle par grossesse extra-utérine 26

CHAPITRE IV. — DIVERSES VOIES DE DRAINAGE. 27

§ 1er Du drainage abdominal 27
§ 2e Du drainage vaginal 30
§ 3e Drainage vaginal avec mèches abdominales 37

CHAPITRE V. — MATÉRIAUX DU DRAINAGE 39

CHAPITRE VI. — PRÉPARATION DE LA MALADE. 42

CHAPITRE VII. — TECHNIQUE DU DRAINAGE ABDOMINAL 44

§ 1er Drainage par des drains. 44
§ 2e Drainage par la gaze 45
§ 3e Drainage abdominal par les tubes et les mèches. . . 46

CHAPITRE VIII. — Technique du drainage vaginal 48

§ 1er Drainage vaginal après l'hystérectomie abdominale totale 48

§ 2e Drainage vaginal pour hystérectomie abdominale subtotale 52

OBSERVATIONS 55

CONCLUSIONS 62

BIBLIOGRAPHIE 64

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesse ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !